

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Praxis von Frau D. Horn / Herr S. Horn mit nachfolgenden Institutionen Kontakt aufnehmen und Behandlungsdaten und sonstige Befunde
meines Kindes genutzt werden dürfen.

- Schule / Kindertagesstätte** (Name der Einrichtung, Name des Lehrers/ der Erzieherin)

.....
.....
.....

- Jugendamt**

.....
.....
.....

- Weitere**

.....
.....
.....

.....
Rostock,

Ort / Datum

.....

Unterschrift Sorgeberechtigte/r*

Unterschrift schließt Einverständnis des Zweitsorgeberechtigten mit ein